

O FINANCIAMENTO EM SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA MACRORREGIÃO NORTE DO ESTADO DA BAHIA NO PERÍODO DE 2006 A 2012

Guilherme Braga Alencar de Novais¹, Thereza Christina Coelho², Milla Pauline da Silva Ferreira³, Andrei Teles⁴, Júlio Moraes Brito Regis⁵, Sidália dos Santos Gomes Reis⁶, Jéssica Vieira dos Santos⁷.

1. Bolsista PROBIC, Graduando em Medicina, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: guilhermeal5@hotmail.com
2. Orientadora, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: tcuide@yahoo.com.br
3. Participante do NUSC, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: millapauline@hotmail.com
4. Participante do NUSC, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: stdrei@hotmail.com
5. Bolsista FAPESB, Graduando em Medicina, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: jmbreges@hotmail.com
6. Bolsista PIBIC, Graduando em Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: sidalia_santos@hotmail.com
7. Bolsista PIBIC, Graduando em Medicina, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: hi.jessi@hotmail.com

PALAVRAS-CHAVE: UNIVERSALIZAÇÃO FINANCIAMENTO RECURSOS

INTRODUÇÃO

Há cerca de vinte e oito anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta dificuldades em garantir recursos estáveis e suficientes para o seu financiamento. No período, alternaram-se fontes de receitas, impostos e contribuições sociais, sem ampliar, contudo, a participação do gasto do SUS no Produto Interno Bruto ou na receita tributária como um todo. Isso ocorre em flagrante descompasso com as responsabilidades impostas pela universalização do sistema e seu reflexo sobre o gasto público em Saúde (DAIN, 2007). A Constituição de 1988 estruturou o orçamento do Estado brasileiro em três esferas: o orçamento fiscal, o orçamento das estatais e o orçamento da Seguridade Social. A seguridade social é composta pelas políticas de saúde, previdência e assistência social além da proteção ao trabalhador desempregado, incluindo o seguro desemprego (CISLAGHI, 2011). Em 1988, no ato das disposições transitórias da Constituição, ficou determinado que 30% dos recursos da Seguridade Social deveriam ser destinados à saúde. Todavia, isso nunca foi cumprido, ensejando, assim, a minimização dos recursos para o SUS, desde a sua criação.

A questão da saúde, particularmente no que diz respeito ao financiamento de suas ações e serviços, tem despertado atenção e preocupação crescentes nos mais diversos segmentos da sociedade brasileira. Seja pela importância social da questão em si mesma, seja pela participação, cada vez maior, do setor não só na economia como um todo, mas em particular nas contas públicas e nos orçamentos das famílias. (CONASS, 2007)

Mesmo o SUS consolidando-se como uma das mais importantes políticas sociais do Estado brasileiro, sob responsabilidade da União, dos estados e dos municípios; falta, porém, evoluir o debate e construir um novo modelo de financiamento capaz de dar sustentabilidade ao sistema, de suportar as pressões de custos e evitar a obsolescência da

rede de atendimento. É necessária a ampliação dos recursos e, com a otimização dos serviços de forma simultânea (BRASIL, 2008).

Segundo Dain (2007), a necessidade incontornável da população por mais e melhores ações e serviços públicos de saúde é essencial para que o SUS possa alcançar um novo patamar de gastos, os quais sejam compatíveis com a superação dos vazios sanitários e com as desigualdades regionais e setoriais que ainda caracterizam o acesso e a utilização de serviços produzidos pelo sistema. Disso, surge a importância de se estudar o financiamento em Saúde e como os recursos destinados para a mesma estão sendo administrados. E, preponderantemente, a formulação de novas estratégias para reduzir tais desigualdades para a população usuária deste sistema.

MATERIAL E MÉTODOS OU METODOLOGIA (ou equivalente)

O modelo de Contas Nacionais de Saúde (National Health Accounts) – NHA trata-se de uma ferramenta de síntese, descrição e análise das informações financeiras que objetiva melhorar o desempenho do sistema de saúde. A identificação detalhada do fluxo de recursos permite identificar como cada serviço é financiado, ou dito de outra maneira, torna-se possível saber quem gasta em saúde, como e quanto.

A partir deste modelo foi montada a Tabela 1 (Fontes X Agentes de Financiamento) utilizando-se do programa Excel para formar matrizes contábeis (receita X despesas), as quais organizarão os dados (valores) coletados nos sistemas de informação, tais como o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e o sistema de informação mantido pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), todos disponíveis na internet, e nos relatórios de gestão das SMS e da SESAB. Os valores alcançados via tabulação serão transformados em gráficos e tabelas menores que permitirão variáveis análises.

A análise dos dados relativos aos gastos em saúde em suas várias dimensões e relações foi realizada através de operações de natureza contábil, a partir do cálculo das receitas e despesas de cada matriz. Dessa forma, a análise irá fornecer o ponto de partida para a construção de um sistema de contas em cada município do estado da Bahia. Além disso, as tabelas irão se constituir em uma base de dados confiáveis, para a realização de análises secundárias, estatisticamente, mais sofisticadas, a serem exploradas em outros estudos.

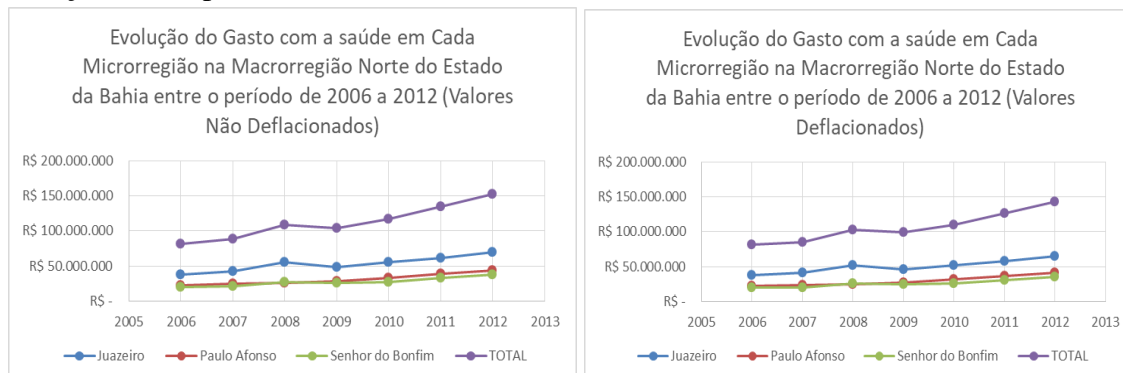
Em seguida, foi realizado o deflacionamento dos valores para melhor comparação entre os anos estudados. A partir da análise dos dados e tabelas das cidades da macrorregião Norte da Bahia, foi possível identificar as principais fontes de recursos dos municípios e traçar um perfil de como os vários tipos de receitas são distribuídas para cada município, cada região de saúde e macrorregião.

RESULTADOS E/OU DISCUSSÃO (ou Análise e discussão dos resultados)

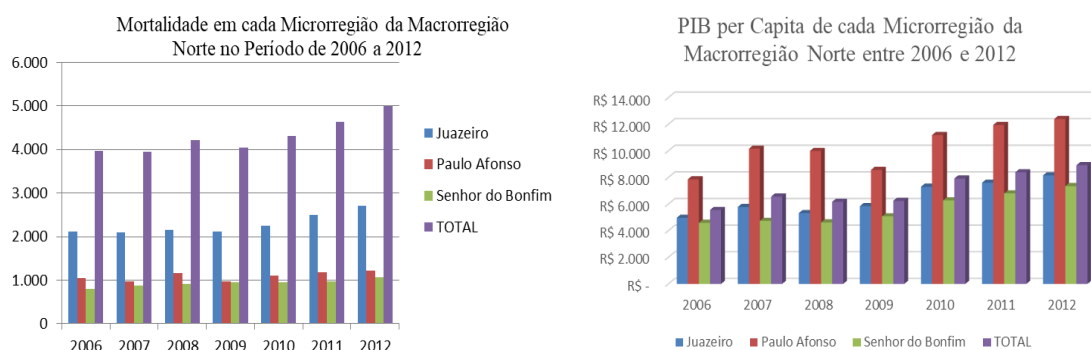
Neste estudo, foi possível observar como se deu o fluxo dos recursos financeiros federais para a saúde nos municípios da macrorregião Norte, para os anos de 2006 a 2012. Podendo assim, comparar os gastos entre as microrregiões da macrorregião Norte de saúde.

Pôde-se observar uma curva crescente de crescimento no que diz respeito ao gasto com a saúde em cada microrregião durante o período estudado. Em 2006, a receita total da

macrorregião Norte foi de R\$ 81.020.726 e, até 2012, atingiu a marca de R\$ 151.789.851. Lembrando que estes são valores não deflacionados, ou seja, não levam em conta a desvalorização provocada pela inflação. Com o deflacionamento, a receita de 2006 não se altera, pois este foi o ano utilizado como referência, Já o de 2012 sofreu redução, correspondendo a R\$ 142.940.503.



Em seguida, foi feita a divisão das microrregiões, calculando o desenvolvimento da receita de cada uma usando, desta vez, o deflacionamento dos valores para melhor compreensão do fluxo de gastos em saúde. Na microrregião de Juazeiro, para o ano de 2006 as receitas nominais e reais somaram R\$ 37.859.171 porque foi, justamente, o ano utilizado como referência para construção dos cálculos. Já em 2012, observa-se uma significativa diferença, sendo que o valor nominal foi de R\$ 69.615.932 e o deflacionado foi de R\$ 65.557.323. Na microrregião de Paulo Afonso, no ano de 2006, o valor foi de R\$ 23.190.065 e em 2012, o valor nominal correspondeu a R\$ 44.315.053 e o real, a R\$ R\$ 41.731.486. Por fim, temos a microrregião de Senhor do Bonfim que em 2006 teve receita de R\$ 19.971.490 e, em 2012, os valores nominais foram de R\$ 37.858.866 e os deflacionados de R\$ 35.651.694.



Foi também feita uma análise de variáveis de serviços nas microrregiões estudadas. Sendo que foram utilizados dados da população residente, na qual houve aumento discreto nas três microrregiões. Tendo a de Juazeiro um crescimento de 5,7%; a de Paulo Afonso 5,1% e a de Senhor do Bonfim 3,1% no período estudado. Outra variável foi da morbidade hospitalar do SUS por local de internação, em que pôde se observar a redução significativa durante o período estudado tendo a micro de Senhor do Bonfim a maior redução – de 10.924 em 2006 para 8.448 em 2012 (diminuição de 22,7%). O número total de internações sofreu redução de 12,3%. A mortalidade também foi avaliada, demonstrando flutuações durante o período estudado. Entretanto, no fim, houve aumento total da mortalidade em todas as microrregiões. A mortalidade geral

sofreu acréscimo de 25,7% entre 2006 e 2012. Sendo a microrregião de Senhor do Bonfim a que apresentou maiores índices de mortalidade dentre as outras, correspondendo ao aumento de 33,8% no período estudado. Por último, temos a análise do PIB per capita das microrregiões, as quais demonstraram acréscimos significativos nos sete anos estudados. A microrregião que teve maior incremento no PIB per capita foi a de Juazeiro, correspondendo a R\$ 4.964 em 2006 e R\$ 8.156 em 2012 (aumento de 64,3%), e a que teve menor incremento foi a microrregião de Paulo Afonso correspondendo a R\$ 7.858 em 2006 e R\$ 12.390 em 2012 (aumento de 57,6%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS (ou Conclusão)

Dentre as microrregiões estudadas (Juazeiro, Paulo Afonso e Senhor do Bonfim) no período de 2006 a 2012, todas registraram aumento no que tange à receita para gastos em saúde pública. A microrregião de Paulo Afonso foi a que mais obteve incremento na receita e a micro de Juazeiro o maior aumento populacional. A microrregião que menos cresceu em população foi a de Senhor do Bonfim. As outras microrregiões tiveram resultados semelhantes a Juazeiro, com suas devidas proporções de população residente e receita. Contudo, a microrregião de Juazeiro foi a que mais logrou no sentido de crescimento do PIB per capita, o que é um contrabalanceamento em relação à sua receita, já que é a maior das três microrregiões. Destes fatores, os mais relevantes foram o aumento da mortalidade - que é um indicador de saúde; e a redução do número de internações, não justificado pelo crescimento populacional das microrregiões. Com base nesses dados, o repasse deve ser repensado de forma mais equitativa, como prega este que é um dos princípios do SUS. Conduzindo-se mais eficiente qualitativamente e quantitativamente a forma de tratar a população usuária desse serviço.

REFERÊNCIAS

BRASIL. 2011. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CISLAGHI J.F. O Financiamento do SUS: principais dilemas. Rio de Janeiro, Universidade estadual do Rio de Janeiro; 2011.

DAIN S. Os vários mundos do financiamento da saúde no Brasil: uma tentativa de integração. Ciência & saúde coletiva. Rio de Janeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.